

**REPÚBLICA DE CHILE**  
**MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**  
**SECCIÓN MUNICIPAL**

Alto Hospicio, 21 de Marzo de 2012.-  
**DECRETO ALC. N° 533/2012.-**

**VISTOS Y CONSIDERANDO:** La Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Acuerdo N° 56/2012 tomado en la 9ª Sesión Ordinaria del Concejo Comunal de Alto Hospicio, de fecha 20 de Marzo de 2012, que aprueba por la unanimidad de sus miembros presentes, una ayuda social de \$223.270.- a favor de doña Carolina Mamani Cáceres, para costear los gastos de operación de su hijo menor que padece la enfermedad de Fimosis; Memorando N° 782/12 de 21 de Marzo de 2012, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, que acompaña los antecedentes necesarios; Informe Socioeconómico, que justifica la entrega de la ayuda social acordada; y Certificado de Obligación Presupuestaria.

**DECRETO:**

- 1.- Otórguese ayuda social a doña **CAROLINA DEL CARMEN MAMANI CÁCERES**, RUT 16.056.078-9, por la suma de **\$223.270.- (doscientos veintitrés mil doscientos setenta pesos)**, con la finalidad de costear los gastos de operación de su hijo menor que padece de la enfermedad de Fimosis. Gírese cheque a nombre de la Profesional de Desarrollo Comunitario, doña **Camila Arce Fajardo**, por la suma antedicha, la que se rendirá conforme lo dispongan las normas legales y pertinentes y las instrucciones de la Dirección de Control de este Municipio.
- 2.- La Dirección de Administración y Finanzas deberá imputar los gastos que de ello deriven, con cargo a la cuenta N° **114.03.04**, del Presupuesto Municipal vigente.
- 3.- Encárguese a la Dirección de Administración y Finanzas en conjunto con la Dirección de Desarrollo Comunitario, el fiel cumplimiento de esta ayuda, sin perjuicio de las facultades fiscalizadoras que ejerza la Dirección de Control en la aprobación de la rendición de cuenta.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

**Fdo.** Don Ramón Galleguillos Castillo, Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio. Autoriza doña Leticia Robles Valenzuela, Secretaria Municipal. Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-



**LETICIA ROBLES VALENZUELA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**

LRM/lrm  
Distribución:  
Adm. y Finanzas  
Dideco  
Dir. Control  
Dir. Jurídica  
Sec. Municipal

## **Luis Rios**

---

**De:** Leticia Robles [lrobles@maho.cl]  
**Enviado el:** miércoles, 21 de marzo de 2012 8:57  
**Para:** 'Luis Rios'; carce@maho.cl; 'Rosa Maria Alfaro'; rrivera@maho.cl  
**Asunto:** Ayuda Social aprobada en sesión Ordinaria N°9 de 20 de marzo de 2012

### **ACUERDO N°56/2012:**

*Por la unanimidad de los miembros presentes del Concejo, se aprueba una ayuda social a doña Carolina Mamani Cáceres por la suma de \$223.270 (doscientos veintitrés mil doscientos setenta pesos) para costear gastos de operación de su hijo menor que padece de una enfermedad llamada Fimosis.*

**Atte,**

**Leticia Robles V**

Juris: J. Torres



MUNICIPALIDAD  
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal



Alto Hospicio, 21 de Marzo de 2012.

**MEMORANDUM N° 782 /2012.**

A : Directora Dirección Jurídica / Sra. Rosa Maria Alfaro Torres.

DE : Directora Dirección Desarrollo Comunitario / Sra. Camila Arce Fajardo.

Junto con saludarle y en relación a los casos sociales aprobados con fecha 20 de Marzo de 2012, solicito lo siguiente:

Caso de la Sra. Carolina Mamani Cáceres, Rut 16.056.078-9 por \$ 223.270, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio y cheque a nombre de la Sra. Camila Arce Fajardo, Directora de Dideco.

Este gasto debe ser imputado a la Cuenta Municipal N° 1140304 (Fondo a Rendir Ayudas Sociales).

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



*[Handwritten signature]*  
Camila Arce Fajardo  
Directora  
Dirección Desarrollo Comunitario

**Distribución:**

- Archivo Jurídico. ✓
- Archivo DIDECO.



MUNICIPALIDAD  
ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 15 de Marzo de 2012.

# MEMORANDUM N° 724 / 2012.

A : Sr. Ramón Galleguillos Castillo  
Alcalde, Municipalidad de Alto Hospicio

DE : Sra. Camila Arce Fajardo  
Directora, Dirección Desarrollo Comunitario

Me es muy grato saludarle y mediante el presente, me permito solicitar a usted su VB para la presentación al Concejo Municipal, el caso social de la Sra. Carolina Mamani Cáceres, Rut 16.056.078-9, quien solicita una subvención de \$223.270 para realizar un copago correspondiente a la operación de su hijo de 5 años a quien se le diagnosticó Fimosis (enfermedad que genera infecciones de por vida en tracto urinario).

Lo anterior, para su resolución, Atte.



*[Handwritten Signature]*  
Sra. Camila Arce Fajardo  
Directora  
Dirección Desarrollo Comunitario



Distribución:

- Archivo Alcaldía. ✓
- Archivo Dideco.



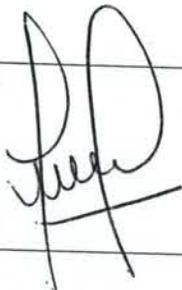


**MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**  
Dirección de Desarrollo Comunal

<b>Resumen Caso Social Concejo Municipal</b>	
Nombre del / la solicitante	CAROLINA MAMANI CACERES
Actividad	TRABAJADORA ESPORADICA
Edad	27 AÑOS
Ingresos	\$90.000
Puntaje F.P.S	3214
Grupo Familiar	MADRE E HIJO DE 5 AÑOS DE EDAD
Documentación Adjunta	FOTOCOPIA CARNE DE IDENTIDAD (MADRE E HIJO) DIAGNOSTICO MEDICO PROGRAMA ATENCION DE SALUD ANTECEDENTES PAD PRESUPUESTO OPERACIÓN FICHA PROTECCION SOCIAL PROVDENCIA CERTIFICADO NACIMIENTO
SITUACION ACTUAL	CAROLINA MAMANI, 26 AÑOS, SOLTERA, MADRE DE UN NIÑO DE 5 AÑOS, VIVE EN CALIDAD DE ALLEGADAEN CASA DE SU MADRE. ACTUALMENTE TRABAJA DE FORMA ESPORADICA EN UN LOCA ESTABLECIDO EN LA FERIA. OCASIONALMENTE RECIBE APOYO DE TERCEROS. DURANTE VARIOS MESES SU HIJO HA SIDO TRATADO POR DIVERSAS INFECCIONES EN LA VIA URINARIA, LO ANTERIOR DEBIDO A UNA ENFERMEDAD LLAMADA FIMOSIS, LA CUAL GENERA INFECCIONES Y ALTERACIONES AL ORINAR. <b><u>POR LO ANTERIOR, LA MADRE SOLICITA UNA SUBVECION (CO APORTE) DE \$223.270.- PARA OPERAR A SU HIJO CON EL OBJETO DE QUE ESTE NO SUFRA MÁS DICHA ENFERMEDAD.</u></b>
Forma de pago	SUBVENCION POR 223.270.- CHEQUE A NOMBRE DE DIRECTA DE DIDECO, QUIEN REALIZARA EL COPAGO DIRECTAMENTE EN FONASA, SEGÚN INDICACIONES PAD ADJUNTAS.

NOMBRE Y FIRMA DE  
ASISTENTE SOCIAL

CAMILA ARCE FAJARDO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Camila Arce Fajardo', is written over the printed name in the right-hand box of the form.



**MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**  
Dirección de Desarrollo Comunal

15/03/2012 9:56:28

## INFORME SOCIAL

**Nro.:** 0007077

### Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **MAMANI CACERES** CAROLINA DEL CARMEN Nacionalidad Chile  
 R.U.N. **16056078-9** Estado civil **Soltero** Sexo: **Femenino**  
 Fecha de nacimiento **14/06/1985** Previsión **Fonasa B**  
 Escolaridad **Educación media científico humanístico** Profesión u oficio **DUEÑA DE CASA**  
 Domicilio **CALLE SUECIA LA PAMPA** Nro. **MZ.37 ST.13** Fono (recado) **491846**  
 Programa puente **NO** Ficha Prot. Social **3084822** Puntaje: **3214**

Condiciones de saneamiento y confort  Agua potable  Energía eléctrica  Alcantarillado **5. Allegado**

Antecedentes del grupo familiar Nro. de integrantes: **2** Ingreso per - Capita: **20.000** Total de ingresos \$ **40.000**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
MAMANI CACERES CAROLINA DEL CAI LUIS ANGEL MARIO CASTILLO MAMAN	16056078-9 22322229-3	jefe/a de familia Hijo/a sólo del jefe/a	14/06/1985 29/01/2007	Educación media cientí Educación parvularia	DUENA DE CASA PRE ESCOLAR	40.000	Fonasa B Fonasa B

**Asunto** SOLICITA SUVENCIÓN DE CO APORTE PARA PAGO DEL PAD PARA OPERACIÓN DE MENOR DE 5 AÑOS, QUIEN PADECE FIMOSIS.

### Situación Social

D. CAROLINA MAMANI, SOLTERA, 26 AÑOS, MADRE DE 1 MENOR DE 5 AÑOS, VIVE EN CALIDAD DE ALLEGADA EN CASA DE SU MADRE, TRABAJA EN FORMA ESPORÁDICA COMO EMPLEADA EN LOCAL ESTABLECIDO EN FERIA. SEGUN SEÑALA EN OCASIONES RECIBE APOYO DEL PADRE DEL MENOR, QUIEN ES PERUANO, CASADO. EN OCASIONES INCLUSO DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE SU MADRE. DURANTE VARIOS MESES SU HIJO HA SIDO TRATADO POR DIVERSAS INFECCIONES EN SU VÍA URINARIA, LO ANTERIOR, DEBIDO A UNA ENFERMEDAD LLAMADA FIMOSIS. LA CUAL GENERA INFECCIONES Y ALTERACIONES AL ORINAR. CABE SEÑALAR, QUE LA INFORMADA PRESENTA TODA LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA, Y ACTUALMENTE DEBE OPERAR A SU HIJO A LA BREVEDAD PARA ASÍ EVITAR QUE ESTAS INFECCIONES CONTINÚEN.

CAMILA AFCE BARRIDO  
Nombre y Firma Asistente Social

[inquerra@mahosp.cl](mailto:inquerra@mahosp.cl)

Fecha: 15/03/2012

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

*Atentas*

*El Sr. Finanzas!  
es la misma persona que  
en Nov. 4760 este reclamo de  
por parte bailab de*



OFICINA DE PARTES

DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA

PROVIDENCIA N° 004753 2011

FECHA: 12 DIC 2011

DERIVADO A:

- ALCALDIA
- ADM. MUNICIPAL
- SECRET. MUNICIPAL
- DIRECC. JURIDICO
- SECOPLAC
- DIREC. DE CONTROL
- DAF
- RENTAS
- INSPECTORES
- DOM

- DIDECO
- DAO
- DEPORTES - CULTURA
- DIRECC. DE TRANSITO
- DIREC. SERV. TRASPASADOS
- EDUCACION
- SALUD
- R.R.P.P.
- OF. TERRITORIAL
- OF. EMERGENCIA

OBSERVACIONES:



**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
12 DIC 2011  
13:30 HRS.  
ALCALDIA

**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
13613  
14 DIC 2011  
08:45 Hrs.  
Dirección Administración y Finanzas

IQUIQUE, Diciembre del 7 del 2011.

SEÑOR  
RAMON GALLEGUIDOS CASTILLO  
ALCALDE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
PRESENTE



Distinguido señor Alcalde:

Yo, Carolina del Carmen Mamani Caceres, Rut: 16.056.078-9, con domicilio en Manz. 37 , sitio 13, calle Suecia de la Comuna de Alto Hospicio, le saluda muy respetuosamente y por esta misma le solicito siguiente.

Primeramente le comento que a la edad de 2 años, tuve que llevar a mi hijo por urgencia a la consulta medica Particular del Pediatra. El cual me explico en esa oportunidad que mi hijo presenta una infección en su pene y que debía tratarlo con especialista en urología lo más pronto posible.

Por falta de recursos preferi llevarlo al consultorio donde mi hijo se atendie siempre; el medico que lo vio me dijo que no preocupara porque lo que tenia mi hijo era lo normal para los niños de su edad; confiando en la palabra de ese médico deje pasar 2 años más, pero me he dado cuenta que hijo últimamente ha tenido cambio en su pene le cuesta orinar y siente molestias en esa zona de su genital.

Debido a que en mi anterior trabajo me pagaban imposiciones , y una vez que quede secante doy gracias a dios que hasta el dia de hoy puedo seguir comprando bonos y así lleve por segunda vez a mi hijo a la Clínica Tarapaca a un especialista en Urología el doctor RAMSES AGUIRRE MONTOYA.

El cual me dijo y me confirmo que, mi hijo tiene estreches de su prepucio en la punta del pene que impide retraer dicha piel hacia abajo y descubrir el glande por completo. Lo que el doctor describe como FIMOSIS.

La Fimosis es un problema que afecta al 80% de los lactantes menores de 6 meses y a niños menores de edad, Además, se ha comprobado que tiene propiedades cancerígenas cuando se infecta, de forma que los niños que han tenido infección de repetición por fimosis tienen más probabilidades de desarrollar cáncer en la vida adulta, lo que quiere decir que mi pequeño hijo ya lleva su segunda infeccion en su pene.. Y este es el motivo de mi carta, como madre estoy muy desepcionada, dolida y muy molesta por la falta de profesionalismo de los medicos que atendieron en el consultorio a mi hijo porque no detectaron de un principio este problema, lo hubieran operado cuando solo tenia meses y no haber esperado hasta hoy que mi hijo tiene 4 añitos para recién tener que operarlo.

En estos momentos el doctor solo me pide que agilice lo más pronto la operación de mi hijo y de hecho solo el me da hasta 90 días que es lo que dura como plazo máximo el beneficio de FONASA, el costo de la operación es \$223.270., más los gastos de insumos y farmacias.

Gracias a dios aún queda gente humanitaria y de buen corazón , los que han accedido de alguna manera sin fines de lucro prestarme ayuda necesaria para el costo de la operación de mi hijo, le hablo de un grupo musical folklorico del norte de nuestro país. Los que conosco porque tengo lazos andinos de familia con algunos de ellos.

**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

12 DIC 2011

13:30 HRS.

ALCALDIA

En estos momentos me siento desesperada por no contar con el dinero para la operación, en mi cabeza no hay momentos de tranquilidad porque no tengo mucho tiempo de espera para la operación de mi pequeño hijo . Por eso acudo deseseporada a Ud., para me permita realizar una actividadailable a beneficio con venta de alcohol, y así reunir el dinero de la operación, tengo mucha fe que todo me saldrá bien , porque he sentido el apoyo de mucha gente buena, y con la mano en el corazon le pido no me niege la posibilidad de ver a mi hijo sano crecer y que a futuro no contraiga cancer por no haberlo operado a tiempo.

La actividad la pienso llevar a cabo el día Sabado 17 de diciembre del presente año; en una parcela de un familiar ubicada en Cerro Hermoso sitio 15 en la comuna de Alto Hospicio.

Adjunto a esta misiva lo siguientes documentos : fotocopia del carnet de mi hijo, Bonos de consulta, ordenes de exámenes, el presupuesto de la Clínica Tarapacá de la operación de mi hijo, más fotocopia de mi cedula de indentidad y certificado de nacimiento.

**NOTA:** Esta es la segunda vez que le pido este permisoailable a beneficio de hijo porque la primera vez que realice esta actividad el dia viernes 4 noviembre no se pudo concretar y me hicieron parar la fiesta a las 01:00 de la madrugada ya que el Sr. Miguel Pizarro Brito con sus influencias mando a Carabineros los que no escucharon explicación y me pararon la actividadailable ( sin haber ninguna motivo para ello) y por eso no pude reunir el dinero para la operación de mi hijo. Asombrada por lo ocurrido he indagado sobre esta persona el cual es totalmente desconocido para mi este señor es promotor y hace constantes fiestasailables con permiso de Clubes Deportivos autorizado por el mismo departamento de Rentas los permisos inclusive hasta La 05:00 de la madrugada como el fin de semana recién pasado los dias viernes 02 y sabado 03 de Diciembre del 2011, y ahora nuevamente hara otra fiesta en alto hospicio el dia sabado 10 de diciembre en el local la media luna; no encuentro explicación alguna a todo esto ojala uds pueda fiscalizar bien considero injusto lo que ocurre, esta persona me causo un daño enorme a mi , sin imaginarse el mismo que mi actividad era por mi hijo no como el pensaba que yo era igual que el promotor y por eso me causo ese daño, justo el mismo dia que tambien el hizo sus actividades ( ruego a dios que perdone tan mala actitud de su parte)porque el solo hace estas fiesta para ganar dinero.

Sin otro particular y esperando su pronta y favorable respuesta se despide muy cordialmente.,



**CAROLINA DEL C. MAMANI CACERES**

16.056.078-9

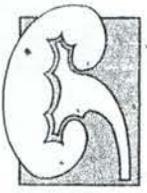
Celular: 93861579 61377217 491846

ALTO HOSPICO

61377217

le cite viernes  
8:30 h.

7077



Dr. Ramses Aguirre Montoya

UROLOGIA  
I.C.M 8.589 - 8  
BARROS ARANA N° 1550  
FONO: 426795 • IQUIQUE  
RUT. 5.646.206 - 6

Nombre: Luis Castillo Mamani

Rut.: \_\_\_\_\_ Edad: 4 años -

Dirección: \_\_\_\_\_

Debe operarse de Fimosis.  
Paciente Fonose, tiene acceso  
a programa PAD, cuyos montos  
se prometen entre paciente y  
Fonose (los valores los otorga  
el Fonose) según programa,  
donde incluye 1 día cama, derecho  
de ebullir, insumos y equipo  
médico completo.

En el post operatorio debe considerarse  
un antiinflamatorio por dos en caso.  
Iquique, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

FIRMA



# PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD

Nº

18888064

MOD.: Libre Elec. TIPO PROGRAMA:

UTRO

FECHA: / /

<b>ASEGURADO</b>	RUT AFILIADO : 16006078-9	NOMBRE: KAROLINA DEL CARMEN MAMANI	CHLER	GRUPO INGRESO: B
	DIRECCION HVVH LH IIRKHH 1520			TELEFONO
	RUT PACIENTE : 22322223-3	NOMBRE: LUIS ANGEL CASTILLO MAMANI	EDAD: 4	SEX.: M N°C.: 0

<b>ESTABLECIMIENTO</b>	RUT ESTABLECIMIENTO : 96604080-7	GR.NIVEL: 3	NOMBRE: CLINICA IARRKHH S A
	FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO		N° DIAS
DESDE: 11-01-2012		HASTA: 11-01-2012	

<b>PROF.</b>	NOMBRE PROFESIONAL TRATANTE: AGUIRRE MUNIUYA RAMSES
	R.U.T. PROFESIONAL: 0646206-6 GR.NIVEL: 3

DIAGNOSTICO: F1M0515  
NIVEL 1er. CIRUJANO: 3

RECARGO:

<b>INTERVENCION QUIRURGICA</b>	COD. PRESTACION	% COBRO	RUT	ITEM	DESCRIPCION	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
					1	1er. CIRUJANO		
				2	ANEST.(MISMO 1er CIR.)			
				3	ANEST.(OTRO PROFES.)			
				4	2o. CIRUJANO			
				5	3er. CIRUJANO			
				6	4o. CIRUJANO			
				7	5o. CIRUJANO			
				8	PABELLON			
<b>SUB TOTAL \$:</b>								

<b>OTRAS PRESTACIONES</b>	NIVEL	CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	HORA-RIO	PRESTACION	RUT PRESTADOR	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
		3	2201017	1	N	F1M0515	96604080-7	372.120	372.120
<b>SUB TOTAL \$:</b>							372.120	372.120	223.270
<b>TOTAL \$:</b>							372.120	372.120	223.270



INFORMESE AL 000 360 3000

<b>CC ADICIONALES</b>	DIFERENCIA POR DIAS CAMA	\$
	DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLON	\$
	DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLINICOS	\$
	DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
	<b>TOTAL</b>	\$

<b>DIFERENCIAS HONORARIOS</b>	HONORARIOS ( SOLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
	EQUIPO MEDICO	\$
	ARSENALERA	\$
	ANESTESISTA	\$
	MATRONA	\$
	PEDIATRA	\$
	<b>TOTAL</b>	\$

<b>FINANCIAMIENTO</b>	COSTO TOTAL	\$	372.120
	APORTE FONDO NAC. DE SALUD	\$	148.850
	A PAGAR BENEFICIARIO	\$	223.270
	MONTO PRESTAMO	\$	138.131
	<b>EFFECTIVO A PAGO BENEFICIARIO</b>	\$	63.119

<b>EMISOR</b>	RUT VALORIZADOR: 6333389-4
	NOMBRE: LUIS SHAMUELA MAMANI
	CODIGO SUCURSAL: 0110001 FECHA EMISION: 11-01-2012
	NOMBRE: L. L. IQUIQUE

MONTO DE PRESTAMO A OPTAR \$: 138.131

MONTO DIRECTO A PAGAR ASEG. \$: 63.119

CERTIFICADO PRESTAMO N°
-------------------------

N° PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS:

ANTECEDENTES PARA  
CONFECCION DE PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD

Nº 18800064

9.110.883-6

7296.350-K

FECHA:

**PAJ**

PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL Nº

DALIDAD  LIBRE ELECCION  INSTITUCIONAL

**BENEFICIARIO**

11605610781-19 APELLIDO PATERNO Mamani APELLIDO MATERNO Roceres NOMBRES Carolina

ESTADO PREVISIONAL  1.DEPENDIENTE  2.INDEPENDIENTE  3.SUB.CESANTIA  4.PENSIONADO  5.INDIGENTE GRUPO INGRESO TELEFONO

CALLE N° POBLACION / VILLA COMUNA CIUDAD

la Corana 1520 I.O.O. I.O.O.

R.U.T. PACIENTE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES EDAD SEX. N°C.

22322249-13 Castillo Memari Luis 4

**ESTABLECIMIENTO**

R.U.T. ESTABLECIMIENTO: GRUPO NIVEL NOMBRE ESTABLECIMIENTO

96604080-7 Clinica Tarapaca

FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO DESDE: DIA MES AÑO HASTA: DIA MES AÑO N° DIAS: 1

**PROF. TRATANTE**

R.U.T. PROFESIONAL: GRUPO NIVEL NOMBRE

56462061-6 Ramon Aguirre Montoya

DIAGNOSTICO: FIMOSIS. N° HISTORIA CLINICA FIRMA PROFESIONAL TRATANTE

**INTERVENCION QUIRURJICA**

RECARGO SI  NO  NIVEL 1er CIRUJANO NIVEL ANESTESISTA

PRESTACION	% COBRO	% PAB.	% ANEST.
2501017-0			

ITEM	DESCRIPCION	R.U.T.
1	1er. CIRUJANO ✓	
2	ANEST. (MISMO 1er. CIR.) ✓	
3	ANEST. (OTRO PROFES.) ✓	
4	2o. CIRUJANO ✓	
5	3er. CIRUJANO	
6	4o. CIRUJANO	
7	5o. CIRUJANO	
8	PABELLON ✓	

**ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA**

1. MEDICINA  2. CIRUGIA  3. OBST. Y GINECOLOGIA  4. PSIQUIATRIA  5. TRAT. RADIOLOGICO  6. KINESITERAPIA  7. OTROS

**PRESTACIONES**

NIVEL	CODIGO DE PRESTACION	CANT.	HOR.	PRESTACION	R.U.T. PRESTADOR
		1		die cama	

**FONDO NACIONAL DE SALUD VALORIZACION 11 ENE. 2012 DIRECCION REGIONAL IQUIQUE I - II - III REGION**

**CLINICA TARAPACA S.A. 96.604.080-7 Barros Arana Nº 1550 - Iquique**

**DIFERENCIAS AUTORIZADAS**

DIFERENCIA POR DIAS CAMA	\$
DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLON	\$
DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLINICOS	\$
DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
<b>TOTAL</b>	\$

**HONORARIOS PARTICULARES**

HONORARIOS (SOLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
EQUIPO MEDICO	\$
ARSENALERA	\$
ANESTESISTA	\$
MATRONA	\$
PEDIATRA	\$
<b>TOTAL</b>	\$

**FUNDAMENTO**

Uso exclusivo médico tratante:

FIRMA Y TIMBRE MEDICO TRATANTE FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUDITOR



SERVICLINICA IQUIQUE S.A.  
IQUIQUE  
SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE

Fecha : 06/10/2011  
Hora : 12:43  
HOS5054R

### PRESUPUESTO

Nº PRESUPUESTO : 29.693      FECHA/HORA PRESUPUESTO : 06/10/2011 - 12:43  
 APELLIDO-NOMBRE : CASTILLO MAMANI LUIS ANGEL MARIO      RUT : 22322229 - 3  
 FECHA NACIMIENTO : 29/01/2007 - 4      SEXO : MASCULINO      TELEFONO : 491846  
 DOMICILIO : AV.LA TIRANA 1520      COMUNA : IQUIQUE  
 CIUDAD : IQUIQUE      MEDICO : AGUIRRE MONTOYA RAMSES  
 ISAPRE / CONVENIO : FONASA PAD      N° SOCIO :  
 INTERVENCION 1 : 1902082      CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE SINEQUIAS)

FECHA HOSPITALIZACION : 15/10/2011      VALIDO POR : 0 Días      1 DIA(S) CAMA(S)

 DETALLE PRESUPUESTO : DIA CAMA PEDIATRICO

	Valor	Descuento Convenio	Cobertura	Copago	Valor Final
Días Cama	\$ 223.270	\$ 0	\$ 0	\$ 223.270	\$ 223.270
Días Cuna	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Pabellón	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Recuperación	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Medicamentos e Insumos	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
<b>Valor Presupuesto</b>	<b>223.270</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>223.270</b>	<b>223.270</b>

	Mínimo	Medio	Máximo
 Insumos	29.583	88.779	181.711
Farmacia	1.906	47.344	110.772

- Estos valores no incluyen Honorarios Médicos
- (\*) Recargo 50 % en Horario Inhabil
- Este Presupuesto es estimativo, puede sufrir diferencias segun el procedimiento que el médico estime conveniente.

Observación :

PACIENTE INGRESA CON BONO PAD.

**CLINICA TARAPACA S.A.**  
96.604.080-7  
Barros Arana N° 1550 • Iqq.

\_\_\_\_\_  
Firma Cliente

\_\_\_\_\_  
DANICA MORA SEPULVEDA  
FONO 57-397391 ANEXO 391

FOLIO N°   
 PUNTAJE:   
 FECHA P.J.E:



INGRESOS			
N°	INGRESOS ANUALES DEL TRABAJO	JUBILACIONES O PENSIONES ANUALES	OTROS INGRESOS ANUALES
1	Monto <input type="text" value="840000"/>	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>
	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>
	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>
	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>
	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>
	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>	Monto <input type="text"/>

**VIVIENDA**

3 Tenencia del sitio  2 FUENTE DE AGUA DE LA VIVIENDA  1 Numero de habitaciones que usan como dormitorios excluyendo baño y cocina

3 Tenencia de la Vivienda  2 DISTRIBUCION DE AGUA EN LA VIVIENDA  1 SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS  0 Numero de personas (residentes permanentes) no incluidas en la ficha que utilizan los mismos dormitorios

0 Familia Principal de la Vivienda  2 USO DE BAÑO

**GESTION DE LA FICHA**

Codigo Encuestador(a)  Codigo Supervisor(a)  Codigo Revisor(a)

FECHA APLICACION FICHA: Dia  Mes  Año  FECHA SUPERVISION COMUNAL: Dia  Mes  Año  FECHA REVISION COMUNAL: Dia  Mes  Año

FIRMA ENCUESTADOR(A)  FIRMA SUPERVISOR(A)  FIRMA REVISOR(A)

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION:

**LOCALIZACION TERRITORIAL**

CODIGO COMUNA  ZONA  UNIDAD VECINAL

NOMBRE CAMPAMENTO, POBLACION VILLA, COMUNIDAD INDIGENA, U OTRO

TIPO AGRUPACION HABITACIONAL  CODIGO AGRUP. HABITACIONAL  CODIGO MANZANA  CODIGO CALLE

NOMBRE DE CALLE O CAMINO

NUMERO DE DOMICILIO  BLOCK/ CASA  DEPARTAMENTO/ SITIO  CODIGO VIVIENDA

REFERENCIAS

**DECLARACION INFORMANTE CALIFICADO**

Declaro que los datos proporcionados son fidedignos, asumo la responsabilidad por ellos, y autorizo a MIDEPLAN a realizar un proceso de verificación de la información en caso de ser necesario. Adicionalmente, autorizo el uso de la información proporcionada, exclusivamente con el fin de postular a beneficios sociales del estado

FIRMA INFORMANTE CALIFICADO

N° DE ORDEN DE LA FAMILIA









**CERTIFICADO DE NACIMIENTO**

Circunscripción : IQUIQUE  
Nro. inscripción : 538 Registro : Año : 2007  
Nombre inscrito : LUIS ANGEL MARIO CASTILLO MAMANI  
R.U.N. : 22.322.229-3  
Fecha nacimiento : 29 Enero 2007  
Sexo : Masculino  
Nombre de la madre: CAROLINA DEL CARMEN MAMANI CÁCERES  
R.U.N. de la madre: 16.056.078-9

FECHA EMISIÓN: 19 Octubre 2011, 09:24.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710  
Impreso en: IQUIQUE  
REGION : TARAPACA

Verifique documento en [www.registrocivil.gob.cl](http://www.registrocivil.gob.cl) o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares.



Timbre electrónico SRCel



**Andrés Falcón Valencia**  
Jefe Archivo General  
Incorpora Firma Electrónica  
Avanzada

1801047

RUN : 22322229-3

6L%YB+

[www.RegistroCivil.gob.cl](http://www.RegistroCivil.gob.cl)